

.....
(stempel zakładu opieki zdrowotnej lub
praktyki lekarskiej)

....., dnia
(miejsowość) (data)

ZASWIADCZENIE LEKARSKIE (dysfunkcja narządu słuchu)
wydane przez lekarza o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności
do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

I Imię i nazwisko pacjenta

II PESEL

III Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu słuchu powodującej niepełnosprawność wymaga montażu specjalistycznego oprzyrządowania do samochodu (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu lewym, powyżej 70 decybeli (db)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Ubytek słuchu w uchu prawym, powyżej 70 decybeli (db)	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha lewego	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja ucha prawego	

....., data
(miejsowość)

.....
(pieczętka, nr i podpis lekarza)